De nouvelles pratiques avec de nouveaux modes de rémunération

De nouveaux modes de rémunération pour une nouvelle organisation de l'offre des soins de proximité

Sous la pression conjuguée des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé et de la démographie, l'offre de soins de 1er recours connaît des mutations profondes depuis maintenant plusieurs années. Les professionnels de santé, notamment les plus jeunes, aspirent à une activité différente de celle de leurs aînés et envisagent de se regrouper. Ce mode d'exercice favorise en effet les échanges et la coordination entre les professionnels de santé et permet une meilleure prise en charge médicale des patients.
Les expérimentations visent à compléter ou à se substituer au paiement à l'acte par des modes de rémunération par forfait. Leur objectif est de tester dans quelle mesure des modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficience des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

L'expérimentation en Rhône-Alpes des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des centres de santé...

En juillet 2008, un appel à projet national, accompagné d'un cahier des charges spécifique, est lancé dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 44.1 de la LFSS 2008 pour la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunération. Cette expérimentation sera menée pendant cinq ans. Elle est ouverte aux professionnels de santé libéraux engagés dans une démarche d'exercice coordonné pluridisciplinaire et également aux centres de santé.
Axée sur les soins de premiers recours, elle vise la qualité et l'efficience de ces soins, par une meilleure collaboration des professionnels et des pratiques innovantes.

Pour le premier appel d'offre, six régions expérimentales sont retenues par le Ministère de la santé : Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Ile de France, Lorraine et Rhône-Alpes, soit 42 sites d'expérimentation. Depuis le 1er juin 2010, l'expérimentation est ouverte à toutes les régions avec un nouvel appel d'offre dont la date butoir de dépôt de dossier est fixée au 30 octobre.

En Rhône-Alpes, six sites ont déjà signé une convention :
- le régime des Mines de Saint-Etienne ;
- la Maison de Santé de Saint-Symphorien-de-Lay dans la Loire ;
- le groupe médical des Allymes dans l'Ain ;
- la maison médicale de la plaine de l'Ain ;
- la Mutuelle de France Réseau Santé en Isère ;
- les centres de santé de l'AGESCA (Association de GEstion des Centres de Santé) à Grenoble.

Selon les cadres nationaux établis, les sites se sont positionnés sur deux modules économiques :

- module 1 : Forfait pour les missions coordonnées
Ce financement forfaitaire rémunère l'activité coordonnée des professionnels de santé exerçant de façon regroupée. Il est modulé et gagé par les performances sanitaires de la structure, mesurées par des indicateurs de qualité, de coordination et d'efficience.

- module 2 : nouveau service au patient dont, pour l'instant, un seul axe proposé : "l'éducation thérapeutique du patient"
Pour ce thème, un cahier des charges spécifique a été établi dans le cadre de ces expérimentations. Ce module s'ouvrira ultérieurement à d'autres prises en charge plus innovantes.

Nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé

Sommaire

fiche 1 : Objectifs des expérimentations

fiche 2 : Sites expérimentaux en Rhône-Alpes

fiche 3 : Module 1 “missions coordonnées”

fiche 4 : Module 2 “éducation thérapeutique du patient”

fiche 5 : L’impact pour les patients

fiche 6 : mode d’emploi

fiche 7 : Panorama des acteurs éligibles
- maison de santé pluridisciplinaire
- pôle de santé
- centre de santé

Objectifs des expérimentations

L'offre de soins de 1er recours se modernise

Depuis quelques années, l'offre de soins de 1er recours connaît des mutations profondes sous la pression conjuguée des besoins de la population, des attentes des professionnels de santé et de la démographie médicale.
De plus en plus de professionnels de santé, notamment les plus jeunes, aspirent à une activité différente de celle de leurs aînés et envisagent de se regrouper. Ce mode d'exercice favorise en effet les échanges et la coordination entre les professionnels de santé et permet une meilleure prise en charge médicale des patients.
Il encourage également une meilleure coopération entre professionnels, optimisant les interventions de chacun, notamment pour la prise en charge des maladies chroniques.

Enfin, il permet de développer des services innovants pour les patients comme la prévention, l'éducation à la santé, mais aussi l'accompagnement des patients dans leurs démarches administratives (ouverture de droits), l'orientation des patients dans le système de soins y compris hospitalier, la prise en compte de la santé des aidants familiaux (maladie d'Alzheimer), etc.

Ainsi, un exercice regroupé et pluri-professionnel constitue une offre de soins de 1er recours performante et attractive pour les professionnels de santé. ,

"Le premier engagement, c'est d'assurer l'égal accès de tous à des soins de qualité […] La loi HPST offre de nouveaux outils pour lutter contre les inégalités géographiques d'accès aux soins et pour mieux répartir, en pleine concertation avec les professionnels de santé, l'offre de soins en fonction des besoins des patients. […] Il existe toujours des solutions, et celles-ci doivent être discutées entre les élus, les professionnels de santé, les citoyens, avec l'aide et l'appui des agences régionales de santé (ARS). Ce travail concerté s'appuiera notamment sur le regroupement des professionnels de santé libéraux, par exemple sous la forme de maisons de santé pluridisciplinaires. Je veux passer des expérimentations de ces regroupements à leur généralisation. Concrètement, ce sont 250 maisons de santé qui seront financées et mises en place d'ici à 2012.".

Hôpital expo - Extrait du discours de Roselyne Bachelot-Narquin (19 mai 2010)

Des rémunérations adaptées à ces nouvelles modalités d'exercice

La rémunération actuelle des professionnels de santé libéraux n'encourage cependant pas ces initiatives. En effet, le paiement à l'acte ne favorise pas de nouvelles répartitions des tâches entre professionnels, ni le développement de nouveaux services adaptés aux besoins des patients. Des financements complémentaires par le Fonds d'intervention pour la coordination et la qualité des soins (FICQS) existent mais il ne s'agit pas de financements pérennes.

C'est pourquoi l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert la possibilité de procéder à des expérimentations de nouveaux modes de rémunérations, ceux-ci pouvant compléter ou se substituer au paiement à l'acte.

L'objectif de ces expérimentations est de tester dans quelle mesure des modes de rémunérations alternatifs au paiement à l'acte favorisent la qualité et l'efficience des soins de premier recours en incitant les professionnels à s'organiser différemment et en valorisant le développement de certaines pratiques innovantes, notamment en matière de prévention.

Ces expérimentations, prévues sur une période de 5 ans (2008-2012), concernent toute structure pluri-professionnelle ambulatoire (maisons, centres et pôles de santé) qui a formalisé un projet de santé visant notamment à favoriser la continuité et l'accès aux soins. Elles sont entrées dans leur phase opérationnelle le 1er janvier 2010, dans 6 régions et sont étendues au second semestre 2010 à l'ensemble des régions.

Une évaluation de ces expérimentations est prévue. Elle permettra de déterminer leur impact sur l'efficience du système et sur la qualité de la prise en charge des patients, et les conditions de leur éventuelle généralisation.

Sites expérimentaux en Rhône-Alpes

En juillet 2008, un appel à projet national, avec un cahier des charges spécifique, a été lancé pour la mise en œuvre de nouveaux modes de rémunérations.

Pour le premier appel d'offres, six régions expérimentales en France ont été retenues par le Ministère de la santé : Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Ile de France, Lorraine et Rhône-Alpes, soit 42 sites d'expérimentation.
Depuis le 1er juin 2010, l'expérimentation est ouverte à toutes les régions avec un nouvel appel d'offres lancé et une date butoir de dépôt de dossier fixée au 30 octobre 2010.

Cette première vague d'expérimentations concerne deux modules :

Module n°1 : " Missions coordonnées "
Il consiste dans le versement d'un forfait rémunérant les missions de coordination au sein des sites expérimentateurs (management de la structure, temps de concertation interprofessionnelle). Le forfait est versé à la structure et non directement aux professionnels et est conditionné en partie à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience. Ce forfait est modulé par les ARS en fonction du taux d'atteinte des objectifs du module 1.

Module 2 : nouveaux services au patient, axe "Education thérapeutique"
Il vise à expérimenter un paiement forfaitaire pour rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique du patient en médecine de ville, dans le but d'aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie de façon plus autonome.

En Rhône-Alpes, dans trois départements,six sites ont signé une convention fin 2009 pour une mise en œuvre concrète des expérimentations au 1er janvier 2010 :

- *le régime des Mines de Saint Etienne : **module 2***
- *la Maison de Santé de Saint-Symphorien-de-Lay dans la Loire : **module 1***
- *le groupe médical des Allymes dans l'Ain : **modules 1 et 2***
- *la maison de santé de la Plaine de l'Ain : **modules 1 et 2***
- *la Mutuelle de France Réseau Santé en Isère : **modules 1 et 2***
- *les centres de santé de l' AGESCA à Grenoble : **module 1***

Module 1 "missions coordonnées"

Le premier module proposé consiste dans le versement d'un forfait pour l'activité coordonnée conditionné par l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience.

Principes

En début d'année, un forfait est alloué pour rémunérer les activités coordonnées en plus du paiement à l'acte. **Il est versé en totalité à la structure** qui détermine ensuite librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels de santé qui la composent.

Calcul de la subvention accordée à une structure :

Elle est calculée en fonction de 2 critères : la taille de la patientèle et le nombre de professionnels impliqués dans la structure. La dotation se décompose donc en deux forfaits :

- un forfait A, acquis, rémunérant le temps de management de la structure, en fonction du nombre de patients ayant désigné leur médecin traitant (MT) au sein de la structure. Les enfants entre 6 et 16 ans sont intégrés à la patientèle dès lors qu'ils ont consulté un médecin de la structure deux fois au cours de l'année. Les patients ALD (ALD exonérante) sont également inclus dans la patientèle considérée.

Compléments possibles :

* La précarité de la patientèle pourra être prise en compte le cas échéant dans le calcul du forfait, afin de valoriser les efforts particuliers (temps passé, démarches administratives, etc.) nécessaires à la prise en charge de ces patients.

* Si les professionnels "expérimentateurs" désirent mener des actions spécifiques de prévention ou d'éducation à la santé en population générale, par exemple dans les écoles ou en groupe, l'agence régionale de santé, (ARS), après examen du dossier et de sa cohérence avec les priorités du projet régional de santé, pourra accorder un forfait local. En ce cas, il faut renseigner des indicateurs de suivi particuliers.

- et un forfait B, fonction du temps passé par chaque professionnel de santé au sein de la structure, rémunérant le temps nécessaire à la coordination. Le temps de présence au sein de la structure est comptabilisé en équivalent temps plein (ETP) :
1 ETP est égal à 11 demi-journées par semaine. Cette dotation est variable en fonction de l'atteinte des objectifs assignés à la structure.
Ce second forfait sera chaque année reconsidéré en fonction de l'atteinte des objectifs.

Quatre classes de forfaits selon la taille de la structure :

		Classe 1	*Classe 2*	*Classe 3*	*Classe 4*
Partie A	**Nombre de patients ayant un MT dans la structure (x)**	x< 2700 patients	2700<x< 6300 patients	6300<x<12400 patients	x> 12 400 patients
		6 900€	13 800€	22 500€	45 000€
Partie B	Supplément pour le 1er ETP médecin généraliste	8 900€			
	Supplément pour les autres ETP médecins généralistes[1]	3 000€			
	Supplément pour chaque ETP de professionnel de santé supplémentaire, hors médecin généraliste	1 400€			

Exemple de calcul du forfait :

Une maison de santé pluri-professionnelle dont le nombre de patients ayant choisi leur médecin traitant au sein de la structure est inférieur à 2 700 et qui comporte deux médecins généralistes à temps plein, deux infirmiers dont un à temps plein et un autre travaillant sept demi-journées sur onze, et un psychologue, percevra :

* Partie A = 6 900 €
* Partie B = 8 900 + 3 000 + 1400x2,64 = 15 596 €

Soit au total 22 496 € pour le module 1.

Module 1
"missions coordonnées"

L'identification des professionnels de santé

Le terme "professionnel de santé" recouvre les professionnels identifiés comme tels dans la 4ème partie du Code de la santé publique

* **Professions médicales :** médecin, chirurgien dentiste, sage-femme ;

* **Pharmaciens**

* **Auxiliaires médicaux :** infirmiers, masseur kiné, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électro radiologie, audioprothésiste, opticien lunetier, prothésiste et orthésiste pour l'appareillage de personnes handicapées, diététicien.

Modulation du forfait B en fonction de l'atteinte des objectifs

La première année, le montant versé aux professionnels "expérimentateurs" est égal au montant maximal théorique pour permettre aux sites de mettre en place l'expérimentation dans de bonnes conditions. Le versement du forfait sera par la suite conditionné à l'atteinte d'objectifs auxquels ils souscrivent par convention avec l'ARS (cf liste des objectifs et indicateurs fiche 4). Cette modulation sera au maximum de 20%.

Les objectifs visent à évaluer l'apport de l'exercice coordonné à la qualité des soins et à l'efficience des pratiques.Ils sont donc calculés sur les résultats agrégés de tous les professionnels de la structure et non, professionnel par professionnel.Ces objectifs, au nombre de 16, s'articulent autour de 3 axes :
* la qualité des soins ;
* le travail coordonné pluri-professionnel ;
* l'efficience définie comme le bon rapport entre la dépense engagée et la pertinence médicale de l'intervention.

À ces objectifs, sont associés des indicateurs qui permettront d'apprécier leur niveau de réalisation. Ces indicateurs sont au nombre de 24. Il est possible au site de choisir certains indicateurs en fonction de ses activités et priorités d'action :
* au minimum 4 indicateurs parmi les 12 indicateurs de qualité des pratiques,
* 4 indicateurs parmi les 7 indicateurs de coordination des soins.

Pour mémoire, tous les indicateurs ont été validés par la HAS, à l'exception de ceux portant sur l'efficience. Ces indicateurs sont, à ce jour, stabilisés hormis celui relatif à la diminution du recours à l'hospitalisation qui est en cours d'élaboration.
Les objectifs d'efficience sont obligatoires car ils conditionnent l'équilibre économique du modèle.

Hormis les indicateurs déclaratifs à la charge des structures, la plupart des indicateurs seront renseignés par l'extraction des bases de l'assurance maladie.

A quoi s'engagent les sites candidats ?

* *Les sites candidats s'engagent sur des objectifs de qualité des pratiques, de coordination et de continuité des soins de l'efficience qui conditionnent la poursuite de la rémunération expérimentale ;*
* *Ils acceptent que le montant du forfait soit conditionné par le niveau global de réalisation des objectifs. Toutefois, la totalité du montant du forfait est garantie la première année. Les données collectées au cours de cette première année serviront à constituer l'étalon pour les évaluations futures ;*
* *Ils s'engagent à fournir des données décrivant leur site et son environnement, ainsi que des données de résultats destinées à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluridisciplinaire en termes d'efficacité, de coût et d'efficience. L'objectif est de permettre l'évaluation de l'expérimentation.*

Cette évaluation sera menée par PROSPERE en lien avec l'ARS concernée. Elle portera sur l'ensemble des sites. Elle est indispensable pour que les pouvoirs publics décident ensuite de généraliser ou non le mode de rémunération expérimenté.*

* L'équipe PROSPERE regroupe l'IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé), la société française de médecine générale et le CERMES (centre de recherche en médecine, science, santé et société)

Liste des objectifs et des indicateurs :

Objectifs de qualité des pratiques	Indicateurs "D" : déclaratif
Dépistage des cancers	Taux de couverture du dépistage organisé du cancer du colon chez les patients de 50 à 74 ans
	Taux de couverture du dépistage du cancer du sein chez les patientes de 50 à 74 ans
Prévention contre la grippe saisonnière	Taux de couverture vaccinale contre la grippe saisonnière chez les patients de 65 ans ou plus
	Taux de patients, hors primo prescription, vaccinés contre la grippe saisonnière par une IDE
Lutte contre l'hypertension	Taux de patients ayant une HTA essentielle isolée non compliquée équilibrée (au moins sur trois contrôles annuels) D
Prise en charge des diabétiques	Taux de patients diabétiques ayant eu 3 ou 4 dosages HBA1C dans l'année
Prévention de l'obésité	Taux de couverture du dépistage de l'obésité au niveau du site D
Prévention du risque cardiovasculaire	Taux de patients masculins > 45 ans présentant un « sur risque cardiovasculaire » bénéficiant une fois par an d'une mesure de prévention intégrée dans le dossier médical D
Dépistage Alzheimer	Taux de patients se plaignant de troubles mnésiques et bénéficiant de tests mémoires dans le cadre du dépistage de la maladie d'Alzheimer D
Accompagnement Alzheimer	Taux de patients atteints d'une maladie d'Alzheimer pour lesquels a été proposé un soutien aux aidants
Prescription par les paramédicaux	Taux de délivrance de dispositifs médicaux prescrits par des IDE
Lombalgies chroniques	Taux de patients lombalgiques ou lombo-sciatalgiques, en arrêt de travail >3mois, dont les dossiers ont été discutés en réunion pluri professionnelle D
Objectifs de coordination et de continuité des soins	**Indicateurs**
Continuité des soins	Chaque consultation ou série d'acte paramédical réalisé au sein du site est tracé dans le dossier médical commun tenu par chaque médecin traitant D
	Continuité des soins en dehors des heures de fonctionnement du site D
	Continuité des soins aux heures de fonctionnement du site
Partage d'information	Coordination des soins avec une structure extérieure (HAD, SSIAD, etc.) D
	Les professionnels de santé ont accès à un espace de travail informatique commun D
	Des réunions de concertation/suivi ont lieu selon un rythme programmé avec les professionnels de santé du site
Organisation des pratiques	Existence de protocoles sur support papier ou électronique D
Objectifs d'efficience	**Indicateurs**
Bon usage des médicaments génériques	Taux de prescription des antibiotiques dans le répertoire
	Taux de prescription des antihypertenseurs dans le répertoire
	Taux de prescription des statines dans le répertoire
Diminution du recours à l'hospitalisation	En attente
Bon usage des transports sanitaires	Taux d'utilisation de véhicules sanitaires légers (vsl)

Module 2 : nouveaux services aux patients
"axe éducation thérapeutique du patient"

Le 2ème module, dans son premier axe visant l' "éducation thérapeutique du patient", consiste à expérimenter la possibilité d'un paiement forfaitaire pour rémunérer cette activité en médecine de ville.

En l'absence de financements adaptés pérennes, l'offre d'éducation thérapeutique en médecine de ville n'a émergé que de manière parcellaire et de façon beaucoup plus récente qu'à l'hôpital.
Les programmes visent à aider les patients ou leur entourage à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer leur maladie, de façon plus autonome, en cherchant à prévenir les complications et à maintenir la meilleure qualité de vie possible.

L'article 84 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) organise le développement des programmes dans une logique de qualité et de proximité. A terme, ces programmes devront se conformer au cahier des charges national défini par arrêté du ministre chargé de la santé, être autorisés par les ARS et évalués par la Haute Autorité de santé.
Dans cette perspective, et en lien avec la mise en œuvre de ces dispositions, le module 2 expérimente un paiement forfaitaire des programmes structurés en médecine de ville.

Cahier des charges caractéristiques attendues de la structure

L'équipe d'intervention doit obligatoirement comprendre au minimum deux professionnels de santé de professions différentes. Si l'un de ces deux professionnels n'est pas un médecin, le programme doit être coordonné par un médecin. Le programme doit être accessible à toute personne le nécessitant dans le cadre des objectifs du programme et de son périmètre géographique. Pour favoriser leur accessibilité, les projets proposés devront s'inscrire dans une offre de proximité (au plus près du lieu de vie des personnes).
À l'issue de la première année de fonctionnement, la file active du programme devra comprendre au minimum 50 patients. Elle devra ensuite augmenter chaque année d'au moins 10 % pendant la durée de l'expérimentation.
Enfin, conformément aux principes votés dans le cadre de l'article 84 de la loi HPST, aucun contact direct entre le malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro ne sera autorisé.

Pathologies prioritaires et population cible

*Les programmes devront **prioritairement,** mais non exclusivement, porter sur les pathologies suivantes : **diabète de type 1 et 2, asthme et BPCO** (bronchite pulmonaire chronique obstructive), **insuffisance cardiaque et/ou HTA et obésité.** Les programmes peuvent s'adresser aux enfants et/ou aux adultes selon les pathologies.*

*Par ailleurs, il est demandé **d'inclure prioritairement , dans ce cadre expérimental, les patients n'ayant jamais bénéficié de séances d'éducation thérapeutique, ainsi que ceux étant dans les périodes charnières d'évolution de la maladie où le bénéfice est le plus important.** Le cas échéant, leurs proches (parents, conjoints…) peuvent être inclus.*

Afin d'aider les sites à mettre en œuvre ce module, le ministère diffusera, à titre d'exemple, les programmes d'éducation thérapeutique mis en œuvre par les sites au fur et à mesure de leur disponibilité.

Pour bénéficier de cette autorisation, donnée également par l'ARS pour 4 ans, tout promoteur doit en formuler la demande auprès de la Direction déléguée protection et promotion de la santé.

Module 2 "éducation thérapeutique du patient"

Déroulement du programme

Le programme d'éducation thérapeutique proposé devra être composé de quatre phases successives :

* orientation vers le programme d'éducation thérapeutique : l'inclusion du patient dans le programme doit être prise à l'initiative ou avec l'accord du médecin traitant du patient, ce dernier étant tenu informé des principales étapes du déroulement du programme ;
* diagnostic éducatif : il doit permettre d'identifier les besoins du patient et de prendre en compte ses attentes. Il est réalisé par un ou plusieurs professionnels de santé formés à l'éducation thérapeutique dans le cadre d'un entretien individuel avec le patient ;
* séances d'éducation thérapeutique : elles sont réalisées en groupe de 8 à 10 adultes (6 à 8 enfants) et animées par un ou plusieurs professionnels. Le nombre de séances collectives varie en fonction de la pathologie, du stade de sévérité et des besoins du patient ;
* évaluation individuelle finale du bénéfice du programme pour le patient : elle est réalisée par le(s) professionnel(s) de santé ayant effectué le diagnostic initial au cours d'une séance individuelle.

Valorisation du module

Trois types de forfaits cumulatifs sont envisagés

Forfait 1 : prise en charge du patient

Le forfait par programme et par patient est alloué à la structure qui détermine librement les modalités de répartition de ce forfait entre les professionnels. Un cofinancement par les organismes complémentaires est possible. Le montant du forfait est fonction du nombre de séances proposées au patient :

- 250€ pour le diagnostic éducatif et 3 ou 4 séances (ateliers collectifs ou séances individuelles) ;
- 300€ lorsque le nombre de séances est porté à 5 ou 6.

Ce forfait couvre :

- le diagnostic éducatif initial ;
- la rémunération des professionnels pour les séances individuelles et collectives, y compris le temps de coordination et la transmission des informations aux principales étapes de la démarche ;
- l'évaluation individuelle finale du bénéfice de l'éducation thérapeutique pour le patient et la synthèse écrite ;
- les frais de fonctionnement : location de la salle, frais d'entretien des locaux, logistique, matériel, document ;
- les supports.

Une indemnisation de 100€ est prévue en cas d'abandon du programme par le patient après le diagnostic éducatif initial et la 1ère séance.

Forfait 2 : élaboration du programme

une somme de 1000€ peut vous être allouée pour l'élaboration et la structuration initiales du programme d'ETP. Ce forfait est alloué une seule fois en début de programme.

Forfait 3 : formation des professionnels

Un forfait de formation de 1000€ par professionnel est versé sur justificatif de dépenses, dans la limite de deux formations par an et par type de programme. Ce forfait contribue à couvrir une partie des frais de formation et d'indemnisation pour perte de ressources, sous réserve que la formation ne soit pas, par ailleurs, financée par le dispositif de développement professionnel continu.

Le forfait est garanti jusqu'en 2012. Il remplace la plupart des financements qui visaient jusqu'alors à rémunérer l'activité d'éducation thérapeutique (FIQCS*, FNPEIS*, etc.). La convention avec l'ARS sera, si c'est nécessaire, accompagnée des avenants aux conventions qui accordaient ces financements.

** FIQCS : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins*
** FNPEIS : fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire*

Module 2 "éducation thérapeutique du patient"

Evaluation de l'atteinte des objectifs

A quoi s'engagent les sites ?

Le site accepte de renseigner un certain nombre d'indicateurs de suivi d'activité et de résultat, notamment :

* évolution annuelle de la file active de patients ;
* accessibilité géographique (nombre de sites, territoire géographique couvert), accessibilité horaire (plages horaires proposées pour les séances) ;
* contenu du programme : nombre de séances individuelles/ nombre de séances collectives ;
* Pourcentage de patients terminant le programme (c'est-à-dire ayant réalisé l'ensemble des séances prévues lors du diagnostic éducatif et une évaluation individuelle des compétences acquises) ;
* Pourcentage de patients dont les objectifs d'acquisition des connaissances fixés lors du diagnostic éducatif ont été jugés atteints lors de l'évaluation individuelle ;
* Pourcentage de satisfaction des bénéficiaires en termes de modalités de l'enseignement et d'acquisition des connaissances.

Le site accepte de fournir des données descriptives caractérisant leurs sites et leur environnement, ainsi que des données de résultats destinées à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluriprofessionnel en termes d'efficacité, de coût et d'efficience.

L'objectif est de permettre l'évaluation de l'expérimentation. Cette évaluation sera menée par PROSPERE en accord avec l'ARS concernée. Elle portera sur l'ensemble des sites. Elle est indispensable pour que les pouvoirs publics décident ensuite de généraliser ou non le mode de rémunération expérimenté.*

* L'équipe PROSPERE regroupe l'IRDES (institut de recherche et de documentation en économie de la santé), la société française de médecine générale et le CERMES (centre de recherche en médecine, science, santé et société)

Quel est l'impact de ces expérimentations pour les patients ?

Ces expérimentations visent à améliorer le service rendu aux patients en permettant une évolution des pratiques professsionnelles. En y participant, les professionnels de santé sont conduits à analyser l'impact de leur organisation sur la qualité des soins et la prise en charge de leurs patients.

Quatre points pour les patients

Un droit à l'information

Les patients doivent être informés, par tous moyens, de l'engagement des professionnels qui les prennent en charge dans l'expérimentation.

En effet, la participation aux expérimentations a vocation à donner aux professionnels les moyens d'améliorer leur exercice : la coordination entre professionnels de la structure, la continuité des soins, ou encore l'efficience des prescriptions, tous éléments que les patients sont en droit de connaître afin d'exercer au mieux leur liberté de choix du praticien.

Un impact neutre sur le plan financier

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, instaurant ces expérimentations, déroge aux règles habituelles de participation de l'assuré aux tarifs des soins. Ainsi, pour ces nouvelles formes de rémunération, les patients ne s'acquittent pas du ticket modérateur et ne doivent pas faire l'avance des frais. Ces nouveaux forfaits seront donc intégralement pris en charge.

En revanche, la participation de l'assuré est maintenue pour tous les actes qui sont facturés dans le cadre habituel.

La participation éventuelle des organismes complémentaires

Le temps des expérimentations, les modalités de participation des organismes complémentaires volontaires peuvent prendre plusieurs formes : co-financement, portage de projet, etc.
À ce jour, certains ont manifesté leur souhait de cofinancer le module 2 relatif à l'éducation thérapeutique du patient.
Dans ce cas, les professionnels engagés dans la démarche, devront alors demander à leurs patients s'ils sont affiliés à cet organisme et, le cas échéant, facturer directement la part du forfait prise en charge à cet organisme.

Des changements pour une qualité des soins accrue

L'expérimentation ne modifie pas la nature de la relation avec leur professionnel de santé. En particulier le tarif et le mode de paiement de la consultation ne varient pas.
Si de nouveaux services sont proposés par les professionnels de la maison de santé (éducation thérapeutique par exemple), leur prise en charge sera intégralement assurée par l'assurance maladie et les patients n'auront pas à faire l'avance de frais. De même, le professionnel de santé reste tenu au secret médical qui protège la confidentialité des échanges.

Les structures participant aux expérimentations ont, en outre, pris un certain nombre d'engagements visant à améliorer la qualité des soins et à renforcer leur continuité :
* mieux coopérer entre les professionnels de la structure pour faciliter la prise en charge des pathologies complexes et des maladies chroniques ;
* simplifier le parcours de soins en facilitant l'orientation du patient dans le système de santé, dans le respect de son libre choix ;
* assurer des services innovants de prévention, d'éducation à la santé et d'information administrative.

Mode d'emploi

Si un regroupement de professionnels de santé ou un centre de santé est intéressé pour candidater sur cette expérimentation, il doit déposer un dossier auprès de l'ARS.

L'instruction d'un projet

L'ARS formule un premier avis sur l'opportunité du projet. Le dossier et cet avis sont remontés au ministère de la santé qui valide ou non la candidature. L'ARS, consécutivement, signe une convention avec les sites retenus.

Conditions à remplir

Les sites candidats doivent présenter les caractéristiques suivantes :

* exercice pluri-professionnel de premier recours :
au minimum deux médecins généralistes et un professionnel paramédical (infirmier, masseur-kinésithérapeute) ;

* projet de santé formalisé décrivant les objectifs et les modalités d'organisation de la structure :

- prenant en compte les besoins de santé du territoire et proposant une offre cohérente avec le volet ambulatoire du SROS ;
- témoignant d'un exercice coordonné, - en interne (réunions pluri-professionnelles régulières, mise en place de protocoles de prise en charge, etc.) ; - en externe, avec les autres acteurs de santé du territoire (autres maisons de santé, hôpital, SSIAD, etc.) ;
- témoignant d'une prise en charge globale du patient allant de la prévention (campagnes de dépistage, etc.) au suivi (par exemple dans le cas des maladies chroniques) ;
- assurant la continuité des soins (horaires d'ouverture élargis, possibilité de consultations non programmées) ;
- mettant en place un dispositif de partage d'informations sécurisé entre les professionnels de la stucture ;

* implication dans la formation des futurs professionnels de santé (accueil et encadrement des internes, des étudiants en 2e cycle d'études médicales, etc.).

La structure doit être le lieu d'exercice principal des professionnels et être aisément identifiable par la population.

A quoi s'engagent les sites candidats ?

* Ils acceptent de respecter les engagements requis selon le module choisi ;
* Ils acceptent en particulier de fournir des données décrivant le site et son environnement, ainsi que des données de résultats destinées à mesurer l'impact des nouveaux modes de rémunération et l'apport de l'exercice regroupé pluri-professionnel en termes d'efficacité, de coût et d'efficience.
L'objectif est de permettre l'évaluation de l'expérimentation, indispensable pour une éventuelle généralisation.

Quelles sont leurs garanties ?

* Cette expérience s'inscrit dans un contrat. Les sites candidats ne prennent que les engagements auxquels ils pensent pouvoir souscrire en toute liberté ;
* L'expérience s'effectue tout au long de la période dans un climat de dialogue avec l'ARS ;
* Les sites reçoivent régulièrement les informations relatives à l'évaluation de l'expérience, ce qui leur permettra d'en apprécier les conditions de réalisation ;
* En fin d'année, l'ARS les invite à un échange sur les résultats, les conditions et difficultés de l'expérimentation. ;
* les sites peuvent, à tout moment, mettre fin à l'expérience.
L'ARS les accompagnera pour gérer la sortie de l'expérimentation et pour rentabiliser les investissements qu'ils auront réalisés, le cas échéant.

Dossier de candidature à renseigner

* dossier à télécharger

Plage de dépôt en cours

Définitions

Maisons de santé pluri-professionnelles

Les MSP sont plus qu'un simple regroupement de professionnels. Une maison de santé s'organise véritablement autour des besoins du patient, dans une démarche coordonnée.

Selon les termes de la loi, *"Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux."*.

Par ailleurs, la constitution de maisons de santé pluri-professionnelles répond à une évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels. Elles apparaissent aujourd'hui comme une solution concourant au maintien, voire au développement de l'offre de soins, dans les lieux où la démographie médicale est souvent fragilisée. C'est un élément d'attractivité pour les professionnels de santé qui cherchent à s'installer ou qui ont un sentiment d'isolement.
Enfin, la MSP est aussi un espace de concertation et d'échange entre professionnels permettant une meilleure réponse aux patients dans le cadre d'un suivi coordonné.

Pôles de santé

Un pôle de santé est un regroupement de professionnels de santé exerçant dans ou hors les murs, dans leurs propres locaux. A l'instar d'une maison de santé, un pôle de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de premier recours : médecins généralistes, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologues, podologues, diététiciens ... et travailleurs sociaux, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients. La motivation du regroupement est variable de l'unité de lieu géographique au projet de soins affiché d'emblée.
Des études ont déjà démontré que le regroupement de professionnels de santé améliore la qualité des soins.
à consulter : Questions d'économie de la santé n° 157 septembre 2010 http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf
Questions d'Economie de la santé n° 147, octobre 2009 (faire lien vers pdf)

centres de santé

Les centres de santé sont régis par le décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 relatif au centre de santé et l'arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé (articles L 6323-1 et D 6323-1 à D 6323-10 du code de la santé publique).

Il s'agit de structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales ; ils appliquent le tiers payant. Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans un cadre défini réglementairement.
Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.
Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.
Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés.
Les centres de santé élaborent un projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique.
Les centres de santé sont soumis, pour leur activité, à des conditions techniques de fonctionnement prévues par décret.

Ouvrir un centre de santé
Depuis la mise en œuvre de la loi HPST, les centres de santé ne sont plus soumis à agrément préalable du représentant de l'Etat dans la région, mais à un régime de déclaration, matérialisé par la transmission au directeur général de l'agence régionale de la santé d'un projet de santé élaboré avec l'ensemble des professionnels du centre. Le directeur général de l'ARS en accuse réception et le centre de santé peut fonctionner.

Toute modification portant sur l'activité du centre, son implantation ou son gestionnaire, fait l'objet d'une modification du projet de santé, également transmise au directeur général de l'ARS.